Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Rostock.
(Direktor: Professor Dr. Rosenfeld)

Ein Fall von chronischem Alkoholismus

mit verschiedenartigen
akuten Psychosen - Delirium tremens,
Alkoholhalluzinose, Alkoholparanoia -
bei ein und demselben Patienten.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

einer hohen

Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Alois Fritzen

aus Cleve-Rheinland

1925

DÜREN 1926 - Hausdruckerei Dr. Degen & Kuth

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Rostock.
Referent: Professor Dr. Walter.

Der psychiatrischen Forschung stand von jeher außerordentlich hindernd im Wege, daß sie sich nicht nur mit physischen, sondern vor allem mit psychischen Erscheinungen zu befassen hatte. Es ist daher leicht erklärlich, daß in frühester Zeit die Forschung aus dem Bereiche der Erfahrungswissenschaft in den der Spekulation verpflanzt wurde. Als aber die Psychiatrie eine empirische Wissenschaft wurde, als sie sich der naturwissenschaftlichen — medizinischen Forschung angeschlossen und sich damit von aller „psychologisierenden Spekulation" (Birnbaum) befreit hatte, beschränkte sie sich zunächst auf eine rein beschreibende Darstellung. Sie suchte eine möglichst getreue Wiedergabe von dem zu geben, was der Forscher sehen, hören und beobachten konnte, sie ordnete dann die einzelnen Krankheitsbilder in exakter Sammelarbeit zu Gruppen zusammen, um dann, nachdem diese Arbeit, die das rein Äußerliche, Oberflächliche erfaßte, erledigt war, tiefer in das Wesen der Geisteskrankheiten einzudringen, um für sie eine Ursache zu finden. So führte nach langen Kämpfen zwischen einseitig psychologischer und sogar moralistischer Anschauung einerseits und extrem somatischer Begründung des Irreseins andererseits, um die Mitte des 19. Jahrhunderts, unter dem Einfluß der mächtigen Fortschritte in der Medizin, die Forschung zu einer physiologischen Auffassung der psychischen Funktionen und Funktionsstörungen. Man setzte das Seelenleben, das man bis dahin vielfach als Äußerung eines selbständigen Wesens betrachtete, in engste physiologische Abhängigkeit von gewissen körperlichen Vorgängen. Für Kräpelin, der sich prinzipiell auf den letzteren Standpunkt stellte, war damit der Forschungsweg gewiesen, nämlich die psychischen Erscheinungen, die den jeweiligen krankhaften Gehirnvorgängen notwendigerweise folgen mußten, „mit den Hilfsmitteln und den Methoden der Erfahrungswissenschaft zu studieren." „Hirnpathologie" und „Psychopathologie" müßten in engster Verknüpfung zusammenarbeiten und so wäre es vielleicht möglich, die Gesetze der Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Störungen aufzufinden. Von der gleichen Anschauung ging auch Wernicke aus: Er nahm als wesentlichen Sitz der Geisteskrankheiten „das System der zur Verbindung der Projektionsfelder untereinander dienenden Assotiationsfasern an", und die Geisteskrankheiten sollten besondere Erkrankungen dieses Assotiationsorganes sein.

So kam man zu der Ansicht, daß Erkrankungen der gleichen Gehirnelemente ausgelöst durch die gleichen Ursachen auch stets die gleichen psychopathologischen Erscheinungsformen hervorbringen müßten. „Einheitlich

war die Aetiologie, einheitlich Pathogenese und Anatomie; als einheitlich mußte sich vor allem aber auch der Verlauf und der Ausgang der Krankheit erweisen. Taten sie das, so verstand sich die Gemeinsamkeit der Aetiologie, der Pathogenese und der pathologischen Anatomie für diese Fälle von selbst" (Bumke). Das ist in kurzen Worten die Grundlage der Kräpelin'schen Systematik, die zur Aufstellung seiner bekannten Krankheitsformen führte. Die Idee der psychischen Krankheitseinheiten war hier weitgehend verwirklicht.

Soweit eine Differenzierung ätiologisch verschiedener Krankheitszustände psychiatrisch noch nicht möglich war, da sollte dies lediglich an der mangelhaften Ausbildung unserer psychiologischen Untersuchungsmethoden liegen. Kräpelin erwartete dies von der Zukunft. Noch in der 8. Auflage seines Lehrbuches (1910) S. 237 schrieb er: „Wir stehen hier vor der Frage, ob und wieweit alle diese wechselnden Gestaltungen des Krankheitsbildes (gemeint sind die verschiedenen Formen des infektiösen Irreseins) in ursächlicher Abhängigkeit von der besonderen Art des Grundleidens stehen. . . . . So wenig ich in Abrede stellen kann, daß die Lösung der hier angedeuteten Aufgabe heute nur innerhalb bescheidener Grenzen und unvollkommen möglich ist, so sehr bin ich davon überzeugt, daß wir es einmal lernen können, nicht nur die Eigenart der Infektionspsychosen im allgemeinen, sondern auch diejenige der besonderen Form, wie sie sich im Verlauf der verschiedenen Infektionen entwickeln, nach ihren psychischen Erscheinungen zu kennzeichnen. Wenn, wie wir annehmen, den einzelnen Infektionskrankheiten verschiedene Giftwirkungen auf unsere Hirnrinde entsprechen, so können wir kaum daran zweifeln, daß auch die durch sie erzeugten Krankheitsbilder nicht völlig einander gleichen können."

Hoche wandte sich jedoch schon frühzeitig gegen diese Ansicht. Er bestritt, daß alle Psychosen auf anatomische Veränderungen der Hirnrinde zurückzuführen seien. So legte er im Jahre 1912 in Kiel, aber auch schon einige Jahre vorher in München seine Anschauung dahingehend klar, daß man wohl für manche Erscheinungsformen des Irreseins solche Vorgänge verantwortlich machen dürfe, daß es aber ein unbedingter Irrtum sei, dieses im allgemeinen für alle geistigen Erkrankungen zu tun. Durch diese Art der Forschung glaubt er keine Sonderung der Krankheitsbilder erhoffen zu dürfen. Er führte die Erscheinungsformen zurück auf innerlich zusammenhängende Symptomkomplexe, auf eine Verkuppelung von immer wiederkehrenden Elementarvorgängen, die im menschlichen Organismus vorgebildet sind, und durch irgendwelche Ereignisse bloßgelegt werden könnten. Kurz nachdem Hoche seinen Standpunkt im allgemeinen klar gelegt hatte, schrieb E. Meyer, „daß das Gehirn, speziell die Hirnrinde der Sitz der normalen, wie kranken Seelentätigkeit sei", doch macht er bereits die Individualität des Menschen, wenn auch nur in Bezug auf die Anlage des Gehirns mitbestimmend für die Erscheinungsformen des Irreseins. Doch allmählich brach sich die Ansicht Hoche's Bahn. Simmerling bekannte sich in Kiel in der Diskussion zu Hoche's

Standpunkt. Und Bonhöffer war schon vorher auf Grund von langjährigen Erfahrungen zu dem Ergebnis gekommen, daß nach exogenen Schädigungen verschiedener Art im wesentlichen gleiche Symptombilder hervorgerufen würden.

Seit Kräpelin, der Hauptvertreter der alten Forschung im Jahre 1920 seinen Aufsatz: „Die Erscheinungsformen des Irreseins" veröffentlichte und damit seinen Standpunkt revidierte, war die letzte Schranke gefallen. Heute geht die fast allgemeine Anschauung dahin, daß zahlreiche Äußerungsformen des Irreseins durch vorgebildete Einrichtungen des menschlichen Organismus ein für allemal festgelegt sind und sich daher überall in gleicher Weise abspielen, wo die Vorbedingungen dazu gegeben sind, weil sie „die natürliche Antwort der menschlichen Maschine auf den krankmachenden Eingriff darstellen." Ferner wird auch die Individualität des Menschen, sein Charakter und Temperament, seine Einstellung zur Umwelt, wie auch Milieu und Erlebnisse für die verschiedenen Erscheinungsformen des Irreseins mit verantwortlich gemacht. Man führt also die Äußerungsform zurück auf allgemein menschliche, stammesgeschichtlich erworbene Eigenschaften, wie aber auch auf Anlagen, die im persönlichen Erbgang entstanden sind, während den äußeren Einflüssen nur ein allgemein richtunggebender Einfluß zugesprochen wird. Die „Krankheitseinheit" in ätiologisch und klinischem Sinne ist damit in der Psychiatrie in weitgehendem Maße aufgegeben.

Es sei mir gestattet, zu dieser Frage der neuen Forschungsrichtung einen Beitrag zu liefern an Hand eines Falles, wo wir auf Grund des gleichen schädigenden Agens — des Alkohols — bei einem Menschen zu verschiedenen Zeiten, verschiedenartige akute Psychosen — Delirium tremens — akute Alkoholhalluzinose und Alkoholparanoia — feststellen konnten.

Der Patient M. H., Bücherrevisor, wurde am 18. 11. 1875 zu Rostock geboren. Sein Vater war Bierverleger, hat an Herzverfettung gelitten, ist sehr korpulent gewesen und am Herzschlag im 63. Lebensjahr gestorben. Seine Mutter starb im 65. Lebensjahre an Herzlähmung. Patient ist der älteste Sohn. Seine 3 Geschwister, wie auch Patient, sind verheiratet. Er hat 3 gesunde Kinder im Alter von 2—12 Jahren. Ein Bruder — Seemann — trinkt „etwas", während der andere sehr solide ist. Eine neuropathische Veranlagung wird verneint. Die Geburt des Patienten ist normal verlaufen, doch ist er in frühester Jugend ein schwächliches Kind gewesen. In der Schule hat er angeblich leicht gelernt. Periodischen Stimmungsschwankungen ist er nie unterlegen, aber immer sehr lebhaft gewesen. Nachdem er die höhere Bürgerschule bis Tertia besucht

hatte — er ist in Quarta und Tertia angeblich wegen Faulheit sitzen geblieben — kam er mit 15 Jahren in die Kaufmannslehre. Nach dreijähriger Lehrzeit hat er in Demmin, Siltz, Schwerin und Dammgarten auf Büros gearbeitet, wurde dann Verwalter der Dammgartener Glashüttenwerke bis zu deren Liquidation. Er war dann anschließend 1½ Jahre im kaufmännischen Betriebe tätig und übernahm dann selbstständig die Bücherstelle der Landwirtschaftskammer.

Der Patient ist von kleinem, untersetztem, kräftigem Körperbau, doch in mäßigem Ernährungszustande. Ein pathologischer Organbefund ist nicht festzustellen.

Schon kurz nach der Heirat, am 10. 11. 1902, bemerkte seine Frau, daß Patient trinke. Längere freie Zeiten hätte er nicht gehabt, meist trank er so lange, bis er Magenbluten bekam und ins Krankenhaus mußte. Derartige Zustände mit Ueberführung hat Patient nach Angabe der Frau, schon vor der ersten Ueberweisung nach Gehlsheim im Jahre 1916 achtmal durchgemacht. Bereits viermal hat er delirante Symptome gezeigt, in denen er Tiere, Vögel und andere Gestalten sah, auch belästigte er seine Frau mit Eifersuchtsideen. Sowohl nach Angaben des Patienten wie denen seiner Frau tritt die Trunksucht bei ihm nicht eigentlich periodisch im Anschluß an Verstimmungen auf, vielmehr hat sich die Trunksucht anscheinend ursprünglich aus reinem Gelegenheitstrinken heraus bis zum jetzigen Grade entwickelt, er kann — wenn einmal dem Trunke ergeben — der Leidenschaft keinen Einhalt tun. Er trinkt meist Bier und Schnaps und nicht nur abends sondern auch schon morgens, so daß er manchmal schon um 7 Uhr wieder betrunken zurückkam.

In den trinkfreien Zeiten wird er als ein tüchtiger, fleißiger, fähiger Mensch bezeichnet, der ein gutes Auskommen hat, und für seine Familie dann recht gut sorgt, so daß sie keine Not zu leiden braucht. Sein Charakter ist verschlossen, er ist mißtrauisch und eifersüchtig veranlagt, trägt lange nach und ist sehr empfindlich. Er legt keinen Wert auf näheren Familienverkehr, ist wortkarg, in trunkenem Zustande leicht aufbrausend, unzurechnungsfähig, rabiat, sogar gewalttätig, so daß die Kinder eine zeitlang bei seiner Schwester untergebracht werden mußten, auch ist er dann nicht mehr fähig seiner Arbeit nachzugehen, so arbeitet er meist wochenlang überhaupt nicht. Deshalb stellte die Frau erstmalig am 22. 8. 1922 einen Entmündigungsantrag. Zur Begründung gab sie an, daß ihr Mann, nachdem er im Dezember 1921 zum vierten Male aus Gehlsheim entlassen worden war, wieder sehr stark dem Trunke ergeben sei. Besonders in den letzten drei Wochen habe die Trunksucht einen derartigen Grad angenommen, daß er sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetze. So beabsichtigte er sogar sein in der Ferdinandstraße gelegenes Haus zu verkaufen. Wie wir aus den Akten des Amtsgerichtes ersehen, gehört Patient seit einer Woche einer Guttempler Loge an, auch verspricht er bei seiner Vernehmung am 29. 12. 1922 in Zukunft nicht wieder rückfällig werden zu wollen. Wenn seine Entmündigung ausgesprochen würde, so wäre sein Geschäft und damit sein Verdienst

zugrunde gerichtet. Daraufhin hat seine Frau beantragt, das Entmündigungsverfahren auf 6 Monate auszusetzen. Am 13. 4. 1923 nahm dann auch die Frau, da Patient in der Zwischenzeit fleißig und solide war, den Entmündigungsantrag zurück. Am 14. 6. 1924 wiederholte sie jedoch ihren Antrag, da ihr Mann vor 5 Wochen aus der Guttempler Loge ausgetreten sei und seither wieder sinnlos trinke. Obwohl der Patient Verwahrung eingelegt, wird eine vorläufige Vormundschaft ausgesprochen.

Patient ist im ganzen bereits 17 Mal in Gehlsheim gewesen und zwar:

1.) vom 3. 3. 1916 bis 20. 3. 1916 wegen Delirium
2.) vom 12. 5. 1921 bis 28. 5. 1921 wegen Eifersuchtswahn und Trunksucht
3.) vom 25. 8. 1921 bis 7. 10. 1921 wegen Dipsomanie und Eifersuchtswahn
4.) vom 30. 11. 1921 bis 12. 12. 1921 wegen Delirium
5.) vom 26. 8. 1922 bis 15. 9. 1922 wegen Delirium
6.) vom 26. 6. 1924 bis 9. 7. 1924 wegen Alkoholhalluzinose
7.) vom 23. 8. 1924 bis 30. 8. 1924 wegen Alkoholparanoia
8.) vom 22. 9. 1924 bis 27. 9. 1924 wegen Erregungszustände mit paranoidem Einschlag
9.) vom 18. 10. 1924 bis 3. 11. 1924 wegen Erregungszustände mit paranoidem Einschlag
10.—12.) Im Jahre 1925 kam Patient noch achtmal freiwillig nach Gehlsheim, weil er wieder zu trinken angefangen hatte, ohne besondere psychische Erscheinungen zu bieten.

Aus den Daten der einzelnen Aufnahmen ergibt sich, daß sich die Alkoholexzesse besonders im zweiten Halbjahre des Jahres 1924 und im Jahre 1925 außerordentlich vermehrt haben.

Bei der Aufnahme bot Patient meist die Zeichen eines übermäßigen Alkoholgenusses, wie Conjunktivitis, teils mehr oder weniger ausgesprochenen Tremor der Hände, ja sogar des ganzen Körpers, enge Pupillen, mangelhafte Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz, doch schwanden die körperlichen Erscheinungen regelmäßig nach kurger Zeit, sodaß Patient dann körperlich nichts krankhaftes bot. Ebenfalls klangen die akuten Schübe verhältnismäßig rasch ab. Patient zeigt dann ein ausgesprochenes Reuegefühl, hat keine Erklärung, weshalb er wieder getrunken hat, zeigt den besten Willen, wieder ein geordneter Mensch zu werden, legt großen Arbeitseifer an den Tag, ist einsichtig in das Krankhafte seiner Zustände, bittet immer wieder, doch von einer Entmündigung absehen zu wollen, er sucht jedoch alles zu beschönigen und abzuschwächen, auch scheint eine gewisse paranoische Einstellung gegen seine Frau nicht ganz geschwunden zu sein, die dann, wenn er dem Trunke huldigt, erneut aufflackert und sich bis zur reinen Alkoholparanoia steigert.

Auch konnten nach Abklingen der akuten Erscheinungen keine Intelligenzdefekte nachgewiesen werden. So waren Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen nicht nachweisbar, auch erwies sich die Urteilsfähigkeit als intakt.

Nachdem ich versucht habe, eine kurze allgemeine Uebersicht über die Erkrankungen unseres Patienten zu geben, möchte ich jetzt auf die einzelnen akuten Psychosen eingehen.

Wie aus den Krankengeschichten der medizinischen Klinik hervorgeht, ist Patient am 27. 1. 1903 delirend eingeliefert worden. Die anamnestischen Angaben klingen sehr unbestimmt. Er will schon öfters an Delirium erkrankt sein. In den letzten Tagen habe er mehrmals Blutbrechen gehabt. Während seines Krankenhausaufenthaltes konnten keinerlei objektive Veränderungen an den Organen festgestellt werden. Patient befindet sich in starker motorischer, wie auch sensorischer Unruhe. Die Art der Illusionen ist aus der Krankengeschichte nicht zu ersehen. Abends erhielt Patient 0,01 Morphium, wird danach etwas ruhiger. Am anderen Morgen deliriert er wieder stärker, ist aber am nächsten Tage anscheinend wieder klar. Er wird am 5. 7. 1903 entlassen.

Diagnose: Delirium tremens.

Bei der Aufnahme am 4. 2. 1904 gibt Patient zu, bereits zweimal Delirium — einmal war er dieserhalb in der medizinischen Klinik — gehabt zu haben. Gestern hat er angeblich plötzlich nach dem Essen Erbrechen von Speiseresten mit Blutbeimischung gehabt und einen intensiven Schmerz in der Magengegend gefühlt, der Stuhl soll pechschwarz gewesen sein. Keine psychischen Erscheinungen.

Diagnose: Ulcus ventriculi Dyspepsie.

Am 8. 11. 1904 wird Patient wieder eingeliefert. Er gibt zu, in den letzten Monaten seit seiner letzten Entlassung wieder reichlich getrunken zu haben, wie es scheint, mehr Bier als Schnaps. Nach Angabe von Bekannten soll er inzwischen dreimal Anfälle von Delirium gehabt haben. Er klagt bei der Aufnahme über Bauchschmerzen und völlige Appetitlosigkeit; er habe in den letzten Tagen fast nichts mehr gegessen, sondern nur getrunken. Der Schlaf sei schlecht, der Stuhl in Ordnung. Kein Erbrechen. Körperlicher Befund: Im allgemeinen ohne Besonderheiten. Starker Tremor der Hände. Reflexe alle gesteigert.
Bei der Aufnahme noch leidlich klares Sensorium, bald danach aber Bewußtlosigkeit. Patient zuckt mit Armen und Beinen. Die Bewußtlosigkeit ist jedoch von kurzer Dauer, er klagt dann über Bauchschmerzen. Ist motorisch ruhig.
Am folgenden Tage durchweg ruhig gewesen, schläft abends auch ruhig ein. In der Nacht wird er dann plötzlich unruhig und springt aus dem Bett. Wird isoliert, wo er stark lärmt. Nachdem er 3,0 Paraldehyd erhalten halt, scheinbar zuerst ruhiger, fängt aber bald an lebhaft zu halluzinieren, ist auch am nächsten Tage nicht im Bett zu halten, redet fortwährend unzusammenhängend und sinnlos, demoliert in unbewachten Augenblicken Teile der Heizanlage usw. Als er abends 7½ Uhr eine kurze Zeit vom Wärter in dem verschlossenen Zimmer allein gelassen wird, wird er anscheinend ruhiger. Nach 5 Minuten bringt ihn ein Wärter

der Hautabteilung, der ihn im Hemd laut jammernd im Garten vor dem Fenster des Isolierzimmers gefunden hat, auf die Station. Patient redet unsinnig, gibt aber an, er sei aus dem (stark vergitterten) Fenster gesprungen; sein Fuß täte weh. Objektiv ist ein Bluterguß über dem linken Malleolus externus festzustellen; in der Tiefe der Anschwellung fühlt man den Malleolus etwas verschieblich. Patient ist trotz 0,02 Morphium die ganze Nacht höchst unruhig.

Am anderen Morgen ist Patient etwas klarer, jedoch noch ziemlich gedankenflüchtig, noch erhebliches Zittern der Arme.

Am nächsten Tage psychisch und motorisch ganz ruhig, völlig klar und geordnet. Wird am 14. 11. 1904 zur weiteren Behandlung des Blutergusses der chirurgischen Klinik überwiesen.

Nach 5 Jahren wird Patient am 2. 12. 1909 wieder eingeliefert. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen, gibt er am 6. 12. 1909 an, daß er bis Ende 1908 beschwerdefrei geblieben sei, habe dann aber einige Tage wegen Blutbrechens zu Bett gelegen, auch sei der Stuhl wieder schwarz gefärbt gewesen.

Jetzt habe er am 30. 11. 09 plötzlich ohne Vorboten Blutbrechen gehabt. Es sei zuerst morgens nüchtern — angeblich ein halb Nachtgeschirr voll — dann am Tage noch mehrere Male aufgetreten. Habe dann Schmerzen in der ganzen Magengegend gefühlt. Am Tage der Aufnahme habe er zu Hause mehrfach Ohnmachtsanfälle, nach Angaben der Frau mit Schwitzen verbunden, ohne Krämpfe gehabt.

Körperlicher Befund: Außer einer Verbreiterung der Leberdämpfung ohne Besonderheiten.

Patient scheint orientiert zu sein, doch ist die Auffassung deutlich leicht gestört. Patient glaubt Fragen des am anderen Bette stehenden Arztes an sich gerichtet.

Am folgenden Abend wird Patient unruhig, wundert sich, wie er mit der Eisenbahn hierher gekommen ist, weiß aber, daß er sich im Krankenhause befindet. Gegen 12 Uhr zunehmend lebhaft, schwitzt stark, geht aus dem Bett, gießt die Milch aus, erklärt die Bettdecke für „Frau Peters ihren Mantel". Patient wird abgesondert. Während der ganzen Nacht ist er umhergewandert, beschimpfte den Wärter, verlangte eine Injektion.

Am Morgen desorientiert, glaubt im Wirtshaus zu sein, sieht den Stationsarzt für den Professor an, zählt Geld, läßt sich jedoch keine Halluzinationen suggerieren. Hat sich eine Wunde am Hinterkopf zugezogen. Puls zeitweise beschleunigt, klein und weich. Nachmittags wird Patient immer lebhafter, ist völlig desorientiert. Wandert in der Nacht wieder dauernd umher, reißt sein Hemd entzwei, fertigt aus dem Aermel einen Frachtbrief an, von dem er einen Teil wieder in den Papierkorb wirft, glaubt Invalidenmarken und Stahlfedern in der Hand zu haben, er sei in der Restauration. Will nach Hause, weil sein Kind vom Wagen überfahren sei, und begraben werden sollte.

Am Morgen verweilt er zeitweise im Bett, glaubt noch immer im Restaurant zu sein. Erkennt jedoch Arzt und Schwester als solche.

Nachmittags ist er orientiert. Stuhlgang pechschwarz. Guay.-Terp. Probe ++. Schläft nachts dann sehr ruhig, weiß aber am folgenden Tage noch nicht, wie lange er hier ist. Stuhl noch schwarz. Im zentrifugierten Urin einzelne hyaline Zylinder, einige Nierenepithelien, keine vermehrten Leukocyten.

Am nächsten Tage klar und in humoristischer Stimmung. Im Stuhl kein Sanguis mehr nachweisbar. Befinden in den nächsten Tagen recht gut. Wird am 18. Dezember 1909 entlassen.

Diagnose: Delirium tremens. Ulcus ventriculi.

Patient war dann im Jahre 1910 vom 11. 4. bis 30. 4. und 11. 10. bis 12. 11. wieder in der medizinischen Klinik, doch waren mir diese beiden Krankengeschichten nicht zugänglich.

Am 22. 11. 1911 wird Patient von Dr. Lange eingeliefert. Seit der letzten Entlassung am 12. 11. 1910 war Patient zunächst einen Monat zu Hause, hatte guten Appetit und keine Magenbeschwerden. Seit eineinhalb Monaten trinkt Patient 3 Tage wöchentlich, an denen er keine Beschäftigung hat, und zwar täglich für 60 Pfg. Kümmel, kein Bier. Am 9. 6. abends Blutbrechen, angeblich ein viertel Nachttopf voll. Von Dr. B. mit Staniolkapseln und Opiumtropfen behandelt. Blutiges Erbrechen ist nicht mehr aufgetreten. Am 12. 6. abends setzte plötzlich sein Herz aus, Patient konnte keine Luft bekommen, vom Arzt sofort eingeliefert.

Körperlicher Befund: Herzaktion bei der Untersuchung etwas erregt, zuckender erster Ton. Sonstiger Befund ohne Besonderheiten. Ist orientiert und ruhig; Stuhl pechschwarz.

Am 14. 6. beginnt Patient morgens unklar zu reden; schimpft auf den Kutscher, der ihn die ganze Nacht verkehrt herumgefahren habe. Wird wieder isoliert. Nachmittags erzählt er, seine Frau und Kinder seien in Stücke zerrissen. Die Stadt Rostock habe an die sozialdemokratische Partei 400 000 Mark ausbezahlt, damit der Krieg eingestellt werde. Oertlich ist er orientiert, zeitlich nur ungenau. Starkes Zittern des ganzen Körpers, schwitzt nur gering. Im Stuhl Sanguis +. In der Nacht ist er dauernd im Zimmer umhergewandert, war aber verhältnismässig ruhig. Zeigt keine Krankheitseinsicht. Will verschiedene Stiftungen machen, z. B. 100 000 Mark an Bethlehem, will in die zweite Klasse, um besser verpflegt zu werden. In der folgenden Nacht noch die ganze Nacht aufgewesen, wühlte die Betten auseinander. Schwitzte und zitterte stark. Im Stuhl Sanguis +. In der nächsten Nacht ruhig geschlafen, ist am Tage orientiert, etwas deprimiert und zeigt beginnende Krankheitseinsicht. Das Befinden des Patienten bessert sich rasch. Zwei Tage später ist die Guajak-Terpentinprobe im Stuhl negativ. Wird am 22. 6. 1911 entlassen.

Diagnose: Delirium tremens. Ulcus ventriculi.

Bei der ersten Aufnahme in Gehlsheim am 3. 3. 1916 wird Patient von einem Schutzmann eingeliefert, der angibt: Patient habe nachts die Wache alarmiert mit der Behauptung, in seiner Wohnung sei ein Kerl, der mit

seiner Frau harmoniere und ihn mit dem Seitengewehr bedroht habe. Während die Frau ihrerseits zur Wache gegangen sei, habe die Polizei die Wohnung bis zur Rückkehr der Frau untersucht. Patient soll schon längere Zeit erregt sein und seine Frau bedroht haben. Auf dem Transport sei er ruhig gewesen, habe viel von einem Transportluftschiff und dem Kerl gesprochen. Der Patient sei im Glauben gewesen, er solle zum Polizeikommissar geführt werden, er habe den Arzt für den Direktor gehalten.

Die Frau gibt an: Patient habe vor einigen Tagen, nachdem er eine zeitlang getrunken habe, Brechdurchfall bekommen. Er habe Tiere, Vögel und Luftschiffe gesehen und sie — die Frau — bedroht. Plötzlich habe er dann Männer an der Garderobe und unter dem Bett gesehen.

Körperlicher Befund: kein pathologischer Organbefund. Pupillen beiderseits rund, reagieren auf Licht und Konvergenz nur träge. Feinschlägiger Tremor der Hände. Im Urin Albumen +. Reflexe, Motilität und Sensibilität intakt. Die großen Nervenstämme leicht druckempfindlich.

Bei der Aufnahme ist Patient euphorisch, desorientiert, zeitweise ängstlich, jedoch leicht zu fixieren. Antwortet geordnet. Sieht Luftschiffe, sieht einen Bleistift im Bett, zupft an der Decke. Ist nicht sugestibel in Bezug auf Sinnestäuschungen. Verkennt die Umgebung, glaubt in der Wirtschaft zu sein. Patient ist bettflüchtig, drängt zur Tür hinaus, geht in die Betten anderer Patienten. Leugnet getrunken zu haben, behauptet, seine Frau sei seit 8 Tagen in einer Trinkerheilanstalt.

Am folgenden Tage ist Patient ruhiger und weniger ängstlich, hat keine Luftschiffe mehr gesehen, zweifelt bereits, gleitet aber, wenn er nicht fixiert wird, wieder in die Bewußtseinstrübung zurück.

Im weiteren Verlauf verhält er sich ruhig und geordnet, ist sehr niedergeschlagen, weil er wieder getrunken habe. Gibt an: hauptsächlich Männer gesehen zu haben, zweifelt aber jetzt keinen Augenblick, daß seine Frau ihm treu geblieben sei. Bei deren Besuch ist er freundlich und spricht einsichtig über seine Erkrankung.

Da subjektives wie objektives Befinden sich sehr rasch gebessert haben, wird er am 29. 4. 1916 entlassen.

Diagnose: Delirium tremens.

Am 12. 5. 1921 wird Patient auf ärztliches Attest durch die Polizeibehörde eingeliefert.

Nach Angabe der Frau hat Patient seit der letzten Entlassung bis November 1920 gar nicht getrunken. Am 6. 1. 1921 hat Patient Magenblutungen gehabt und deshalb mit dem Trinken eine zeitlang ausgesetzt, um sich dann der Leidenschaft wieder hinzugeben. Seit 3 Wochen nicht mehr gearbeitet, ist oft nicht nach Hause gekommen. In den letzten Tagen hat er Eifersuchtsideen gehabt. Er behauptete, seine Frau treibe sich herum. Der Verdacht sei in ihm aufgekommen, als er Asche im Aschenbecher liegen sah. Er beschimpfte seine Frau und sagte, sie solle machen,

daß sie aus dem Hause komme, wenn sie sich herumtreibe. Vor 4 Tagen hat dann die Frau das Haus verlassen. Patient ist meist sehr stark betrunken nach Hause gekommen. Zwei Tage vor der Aufnahme hat er dem aus Schwerin kommenden Bruder die Türe gewiesen.

Körperlicher Befund: Bei der Aufnahme riecht Patient nach Alkohol, auch steht er noch unter akuter Alkoholwirkung. Das Gesicht ist etwas gedunsen. Leichte Conjunktivitis. Tremor der Hände, Zunge und Lider. Nur schwache Pupillenreaktion auf Lichteinfall und Konvergenz. Kein Nystagmus. Nervenstämme nicht druckempfindlich, keine neuritischen Symptome. Organbefund außer einer kleinen Verbreiterung der Leberdämpfung ohne Besonderheiten.

Patient ist sehr affektabil, rührselig, bald euphorisch, bald weinerlich. Ist orientiert und besonnen. Gibt an, noch heute verschiedene Schnäpse getrunken zu haben. Seit 14 Tagen nicht mehr gearbeitet und mehr getrunken, doch auch sonst immer etwas (Bier und Schnaps). In letzter Zeit auch vormittags und besonders Schnaps getrunken, aber immer nur leicht beschwipst gewesen und rechtzeitig nach Haus gekommen. Patient beschönigt alles und sucht zu leugnen. Er habe keine Eifersuchtsideen gehabt, lobt sogar seine Frau. Er kann sich nicht erklären, daß seine Frau ihn verlassen habe.

Auf einem Ausflug mit seiner Familie habe er zwar viel getrunken, sei aber nur leicht beschwipst gewesen. Habe sich sofort zu Bett begeben und seine Frau garnicht mehr gesehen. Am andern Tage habe sie das Haus verlassen, sie sei etwas „kribbelköpfig". In letzter Zeit könne er auch nicht mehr viel vertragen. Er habe furchtbares Magenbrennen gehabt, dabei sei er ängstlich. Seit 5 Tagen habe er nichts mehr gegessen.

In der Nacht hat sich Patient ruhig verhalten. Fühlt sich am Morgen schlecht, klagt über Kopfschmerzen, Ziehen in den Beinen und Schwäche. Keine psychischen Erscheinungen.

Die subjektiven Beschwerden bessern sich bald. Patient verhält sich ruhig und geordnet, ist im Affekt gleichmäßig und arbeitsfreudig. Wird am 28. 5. 1921 entlassen.

Diagnose: chronischer Alkoholismus mit Eifersuchtswahn.

Am 23. 8. 1921 kommt Patient freiwillig auf Anraten eines Arztes.

Die Angaben der Frau sind folgende: die ersten 14 Tage nach der letzten Entlassung habe Patient nichts getrunken, dann aber wieder allmählich angefangen und seit 8 Tagen trinke er wieder sehr stark; die letzten drei Tage sei er sogar dauernd betrunken gewesen und abends ausgeblieben. Er arbeite nicht mehr, er habe so stark getrunken, daß er nicht mehr hätte stehen können und nicht mehr die Treppe hinaufgekonnt hätte. Als der Arzt ihm die unbedingte Notwendigkeit nach Gehlsheim zu gehen angeraten habe, habe er eingewilligt. Morgens habe er sie gefragt, was sie geträumt habe. Dem Nachbar habe er erklärt, seine Frau betrüge ihn. Habe ihr genau die Zeit auf die Minute berechnet, die sie fortbleiben

dürfe, um Besorgungen zu machen. Delirante Symptome habe er nicht gehabt.

Körperlicher Befund: Gesicht leicht gerötet, Conjunktivitis. Leichter Tremor der Hände und Zunge. Pupillen eng, reagieren auf Lichteinfall. Keine neuritischen Erscheinungen. Puls leicht beschleunigt. Leberdämpfung 3 Finger breit verbreitert, sonst kein pathologischer Organbefund.

Der Patient gibt an in den letzten Tagen täglich 5—6 halbe Liter Bier und 3—4 Schnäpse getrunken zu haben. Sei jedoch nicht berauscht, aber guter Stimmung gewesen. Habe reichlich Arbeit gehabt und auch bis zuletzt gearbeitet. Will auch keine Eifersuchtsideen, keine deliranten Symptome gehabt haben, auch werden Streitigkeiten verneint.

Während des Aufenthaltes in der Anstalt verhält sich Patient ruhig und geordnet, ist recht freundlich, nimmt alles etwas leicht, entwickelt großen Arbeitseifer. Endogene Verstimmungen sind aus dem Patienten nicht zu erfragen. Er wird am 7. 11. 1921 entlassen.

Diagnose: Dipsomanie, Eifersuchtswahn.

Nach ungefähr 3 Wochen wird Patient am 30. 11. 1921 mit Attest der medizinischen Klinik mittels Krankenwagen eingeliefert.

Nach Angaben der Frau hat Patient schon wenige Tage nach der Entlassung zu trinken begonnen, vor allem auf Dienstgängen, kam abends angetrunken nach Hause. Hat viel Geld für Trunk ausgegeben, verkauft Uhr und Trauring, trank in letzter Zeit in Matrosenkneipen, wo er andere frei hielt. Wollte sich von seiner Frau trennen und allein wohnen, auch beschimpfte er sie.

Am 23. 11. 1921 abends Erbrechen, das sich abends häufig wiederholte. Einige Tage darauf Blutbrechen, Stuhlgang pechschwarz. Am 29. 11. in die medizinische Klinik eingeliefert. Von dort wegen starken allgemeinen Erregungszustandes der Universitäts-Nervenklinik Gehlsheim überwiesen. Einige Tage nach dem Blutbrechen — Patient hat zu Bett gelegen — Ausbruch der Verwirrtheit. Sah an der Wand ein Paradehandtuch mit der Aufschrift „Guten Morgen." Sprach von einem Brand. Glaubte, sein Bett stehe im Kontor, wollte immer in sein Schlafzimmer.

Körperlicher Befund: Patient sieht blaß und heruntergekommen aus. Puls beschleunigt. Leichter Zungen- und Lidtremor. Pupillen eng, reagieren auf Lichteinfall und Konvergenz nur mangelhaft. Keine neuritischen Erscheinungen. Organbefund ohne Besonderheiten.

Bei der Aufnahme befindet sich Patient in motorischer Erregung, ist bettflüchtig, will fort, da draußen der Wagen auf ihn warte. Die Stimmung ist leicht humorvoll und euphorisch. Benennt Arzt und Schwester richtig beim Namen. Ist örtlich desorientiert, glaubt in S. zu sein. Die Angaben gehen sehr durcheinander. Seit dem 25. (29!) sei er im Krankenhause wegen Magenleiden. Seit 4 Wochen höre er dauernd die Bohrmaschine von Blohm & Voß in den Ohren. Verlangt fort, draußen stände sein Wagen, um ihn nach Rostock zu fahren. Er solle verhaftet werden. Sei

heute in S. über den Markt gefahren. Bald darauf glaubt er im hygienischen Institut zu sein. Zuerst habe er gedacht, er sei in Gehlsheim, aber er sei es nicht. Ganz Rostock sei abgebrannt, auch sein Haus, er habe alles verloren. Glaubt plötzlich einen Zug pfeifen zu hören. Fragt, ob er in Dudendorf sei. Habe eben gebadet, nun wolle er aber wegfahren. Zwei, drei Straßen seien abgebrannt und was nicht abgebrannt sei, sei zusammengeworfen. Greift im Bett umher, sieht seinen Federhalter. Er habe in 5 Tagen nur eine halbe Stunde geschlafen, habe Angst gehabt, daß jemand etwas zerstören könne. Den Ueberzieher habe man ihm vom Leibe geschnitten und ihm den letzten Pfennig geraubt. Seine Sachen liegen hier vor der Türe, er wolle aber nun mit dem Zuge wegfahren. Er sei unschuldig verhaftet worden. Habe ein Bufett für 13000 M. verkauft, nun kam die Zerstörung Rostocks dazwischen, da habe man geglaubt, er habe Unterschlagungen begangen. Bonhöff in Schlutow bei Sülze habe ihn verklagt, alles sei jedoch wieder zurückgenommen. Am folgenden Tage ist Patient örtlich orientiert, zeitlich noch nicht. Korrigiert seine Ideen auch noch nicht. Seine Verhaftung wurde überall herumgesprochen, ganz Rostock habe sich damit blamiert. Bei dem Brande habe er dabei gestanden. Am nächsten Tage auch zeitlich orientiert. Korrigiert die Wahnideen. Will aber ein Bufett verkauft haben. Klagt über ziemlich starke Wadenschmerzen, kann kaum stehen. Es sei ihm dann, als wenn die Knochen durchbrächen. Nervenstämme nicht druckempfindlich.

Der Zustand des Patienten bessert sich sehr rasch, wird am 17. 12. 1921 entlassen.

Diagnose: Alkoholdelirium.

Am 27. 8. 1922 wird Patient zum 5. Male mit Attest eines Arztes eingeliefert.

Die Frau des Patienten gibt an: Seit der letzten Entlassung im Dezember vorigen Jahres hielt sich Patient ca. einviertel Jahr ganz leidlich. Trank nie soviel, daß er betrunken oder arbeitsunfähig war. Allmählich fing er an, mehr zu trinken. Ostern mußte er wegen Blutbrechens zu Bett liegen. Während der Bettruhe nichts getrunken, seit Pfingsten jedoch wieder begonnen. War oft eifersüchtig auf seine Frau; sodaß sie zeitweise sein Zimmer ganz meiden mußte. Er verkaufte in dieser Zeit von Einkäufen, die er zu machen hatte, gleich einen Teil wieder. Drohte, sein Haus zu verkaufen. Machte in dem unter der Wohnung liegenden Konsumgeschäft, woher er Bier zu holen pflegte, Schulden. Zu Beginn des Winters äußerte er, er wollte der Familie nun mal zeigen, was hungern heiße, sie sollten hungern, „daß die Schwarten knacken." Als er beim letzten Male von einem Feuerwehrmann abgeholt wurde, hatte er gleich Verdacht, daß dieser ihm als Vormund gesetzt werden sollte. Morgens um 5 Uhr war er in letzter Zeit schon auf der Straße, wurde einmal vom Flurwächter heimgebracht, lag dann mit Zittern am ganzen Körper vor Erschöpfung mehrere Stunden zu Bett.

Nach Abklingen der akuten Erscheinungen erfahren wir vom Patienten selbst, daß er seit 3 Wochen täglich 7—8 Flaschen Pilsener Bier getrunken

habe. Er hält es für möglich, daß er zu Hause aufgeregt und Eifersuchtsideen gehabt habe, genau wisse er es aber nicht. An den Beginn des Delirs könne er sich nicht erinnern, er habe 2 Tage zu Hause gelegen und phantasiert.

Körperlicher Befund: Bei der Aufnahme befindet sich Patient in motorischer Unruhe, hält sich krampfhaft am Stuhle fest. Das Gesicht ist etwas gedunsen. Puls stark beschleunigt. Starker Tremor der Hände und des ganzen Körpers. Pupillen beiderseits eng, reagieren auf Licht und Konvergenz nur sehr träge. Keine neuritischen Erscheinungen. Organbefund ohne Besonderheiten. Patient steht unter der Wirkung starker szenenhafter Halluzinationen, akustischer, aber auch optischer Art. Auf den anderen Sinnesgebieten fehlen solche. Der Gedankenablauf ist erheblich gestört. Oertlich und zeitlich nicht genau orientiert.

Patient behauptet, bereits zum siebenten Male hier zu sein, ist unbelehrbar, daß es erst das fünfte Mal ist. Er beschreibt umständlich eine Handverletzung, weswegen er eine Stelle in Doberan nicht habe antreten können. Der Stuhl, auf dem er sitze, „gehe so unter ihm weg"; auch zu Hause, oder wo er auch immer sei, drehe sich alles rund. Er könne kein Stück von den sich drehenden Gegenständen festhalten. Ein Messer oder einen zweieinhalbzölligen Nagel brach er glatt durch, sie schmölzen so in seiner Hand. Er könne deshalb auch keine Feder in den Federhalter einsetzen. Er müsse dauernd den Stuhl festhalten, damit er nicht unter ihm wegrutsche. In Rostock zündeten irgendwelche Leute große Kaufhäuser an, so brannte z. B. Cohn, Josephy und die Realschule, als er daran verbeigefahren sei. Die Gasanstalt brenne jetzt schon zum siebenten Male. Die Leute riefen einfach: „Bier her" und wenn dann nichts gegeben würde, fingen sie gleich an anzuzünden. Einen Topf mit glühenden Kohlen zündeten die Leute mit Petroleum an. Hier im Untersuchungszimmer höre er noch das Singen der Leute drüben in Rostock. Daß er wieder getrunken habe, negiert er, höchsten vor 10—12 Tagen mal Pilsener Bier, aber keine Spirituosen. Auf die Frage: „Herrn Dr. M. kennen Sie doch?" antwortet er: „O ja! Aber Sie haben sich sehr ververändert. Erkannt habe ich Sie gleich wieder. Will hier ein paar Tage zur Erholung bleiben." Er habe nämlich Durchfall gehabt, dadurch will er seine Schwindelanfälle erklären. Sieht dann plötzlich die Decke an seinem Fußende für ein Buch an und will es aufheben. Auch läßt er sich mit einiger Mühe Tiere suggerieren. Hört dann plötzlich die Menge rufen „Bier her". Patient ist recht freundlich und nicht besonders ängstlich.

In der Nacht verhält sich Patient unruhig. Am Morgen halluziniert er nicht mehr, korrigiert aber noch nicht, hält es noch für möglich, daß eine Stahlfeder schmelze, wenn er sie anfasse.

Patient erholt sich in den nächsten Tagen sehr gut, sodaß er am 15. 9. 1922 im Einverständnis mit seiner Frau, entlassen werden kann.

Diagnose: Delirium tremens.

Am 26. 6. 1924 wird Patient von seinem Schwager eingeliefert, der angibt: nach der letzten Entlassung sei Patient bis zum Spätherbst vorigen Jahres abstinent gewesen, also gut ein Jahr. Er habe einer Abstinentenloge angehört. Das Mißtrauen gegen seine Frau sei nie ganz geschwunden. Ein Rückfall Ende vorigen Jahres sei ziemlich unauffällig geblieben, auch scheint er nicht lange gedauert zu haben. Näheres vermöge er jedoch nicht anzugeben, da Patient keinen Familienverkehr gepflogen habe. Der jetzige Rückfall, der sich möglicher Weise gleich daran angeschlossen habe, habe sich sehr langsam entwickelt. Patient wisse sich sehr gut zu beherrschen und lange die äußere Haltung zu bewahren, sodaß man ihm nichts anmerke. Arbeitsfähig sei er noch bis Ende Mai gewesen. Wahrscheinlich habe er meist Kümmel getrunken. Er ginge schon morgens früh fort und komme bereits mittags betrunken heim. Obwohl er viel geschimpft habe, sei er diesmal nicht gerade gewalttätig geworden.

Aus den Angaben der Frau erfahren wir, daß Patient bis vor 6 Wochen abstinent gewesen sei. Nachdem er 14 Tage getrunken habe, habe er Magenstörungen bekommen, dabei Blut im Stuhl und Ohnmachtsanfälle. Ein paar Tage habe er zu Bett gelegen und dann wieder so stark getrunken, daß er gar nicht mehr zu sich gekommen sei. Vor 8 Tagen sei plötzlich sehr starkes Erbrechen aufgetreten, sodaß er nicht mehr habe aufstehen können, er habe sich aber ruhig verhalten. Seit 5 Tagen sei er geistesabwesend, habe geglaubt, es sei jemand in den Kleiderschrank gestiegen oder hinter den Ofen. Seit gestern starke Verschlechterung. Habe nach allen Richtungen telefoniert, so an die Polizei, der er vermeintliche Aufläufe mitteilte. Er habe ihr Vorwürfe gemacht, sie treibe sich herum, sie habe Herrenbesuch gehabt. Nachts habe er schlecht geschlafen, sei ängstlich gewesen und stark geschwitzt. Seit gestern glaube er, große Reichtümer zu besitzen, stellte lauter Schecks aus, glaube zum Bürgermeister oder Werftdirektor ernannt zu sein. Tiere habe er nicht gesehen, er habe ununterbrochen geredet. Habe einen am Riegel hängenden Mantel für einen Erhängten gehalten. Zeitlich sei er mangelhaft orientiert gewesen, er habe geglaubt, drei Tage schon auf dem Wall zu sitzen. Er habe gestern auch wieder nach Bier verlangt.

Der Patient gibt am zweiten Tage nach der Aufnahme in Gehlsheim an: er habe nur einmal eine größere Menge getrunken, da sei er gleich fertig gewesen.

Körperlicher Befund: Puls leicht beschleunigt, Blutdruck 140/160. Pupillen sehr eng, reagieren jedoch noch auf Lichteinfall und Konvergenz. Tremor der Hände. Kein wesentlicher Organbefund. Keine pathologischen Reflexe, keine neuritischen Erscheinungen. Oertlich orientiert, zeitlich ungenau. Bei der Aufnahme ist Patient sehr gesprächig. Erkennt Referenten wieder, teilt ihm unaufgefordert mit: „er wisse wohl schon alles von dem Geldregen und den anderen Ereignissen.“ Seit 6 Wochen werde gegen sein Geschäft in der roten Presse geschrieben und er dadurch ruiniert. Er habe es zwar nicht selbst gelesen, es sei ihm hinterbracht. Er habe sich der Steuerhinterziehung etc. schuldig gemacht;

lauter Unwahrheiten. Es ständen Leute dahinter, die sein Geschäft aus der Welt schaffen wollten. Geschäftstrick. Vor Aufregung habe er zum Alkohol gegriffen. Seinetwegen fänden auf dem neuen Markt Massenumzüge und Demonstrationen statt. Er wisse dies alles vom Hörensagen, er habe zu Bett gelegen. Dann habe sich aber die Rechtspresse seiner angenommen, es seien Gegenmeldungen durch die Luftpost verbreitet worden, und dann sei der Geldregen gekommen. Geldsendungen aus der ganzen Welt, aus Dänemark, Schweden, Amerika, China, Millionen und Milliarden. Ganze Eisenbahnwagen mit Rubeln seien noch gar nicht gezählt. Das ganze Geld sei bei der Buchstelle der Landwirtschaftskammer hinterlegt, er habe es noch nicht einmal gesehen, darauf sei er von der Menge zum Oberbürgermeister ernannt worden, ferner zum Direktor der Werft und der Zuckerfabrik. Seit er soviel Geld habe, verlange die Menge 30—40000 M. für den Pöbel. Er habe die Rufe gehört: „Gib Geld heraus. Kriegt ihn her, wir wollen ihn richten." Auch sei er „geknipst" worden. Sein Bild gehe durch das ganze Land. Dann wurde wieder gerufen: „Er ist nach Dänemark gefahren, nach England entflohen." Vor Angst habe er keine Ruhe mehr gehabt, er sei ganz abgefallen. Die Menge, die ihn zum Bürgermeister gemacht habe, verlange nun, er solle mit ihnen „saufen." Wenn er das Geld im Hause gehabt habe, hätte man seine Wohnung gestürmt. Er habe auch gehört, wie gerufen wurde: „Bringet uns ihn" andere hätten dazwischen gerufen: „Laßt ihn, er ist schwer krank, zu Hause." Man schickte dann nach ihm und diese hätten gesagt: „Wir haben uns davon überzeugt." Jetzt habe man in Massenversammlungen für ihn Partei ergriffen, er habe per Bahnpost lobende Anerkennungen erhalten. Dann aber habe es wieder geheißen: „Wir wollen ihn erschiessen." Vom Publikum wurde behauptet, er sei der reichste Mann auf Gottes Erdboden. Zuletzt habe er gehört: „Jetzt geht der schwerreiche Mann in die Irrenanstalt!" Andere hätten dazwischen gerufen: „Ihr habt ihn ruiniert." Aus Angst habe er nicht mehr stilliegen und nichts mehr essen können. Er sei jetzt ganz ratlos, wie er alle seine Posten versehen solle.

In der Nacht hat Patient mittels Schlafpulvers gut geschlafen. Er will nichts mehr gehört haben und gibt im allgemeinen klare Auskunft. Seine Stimmung ist euphorisch, gehoben. Er meint, er könne nicht sinken, weil er Arbeiten leisten könne, die andere ihm nicht nachmachten. Arbeit sei für ihn nichts, er schüttele sie nur so aus dem Aermel, wozu er früher 8 Tage gebraucht habe, das bringe er jetzt in eineinhalb Tag fertig. Obgleich er 14 Güter bearbeite, arbeite er so, daß er 4 Tage in der Woche frei habe.

Die Krankheitssymptome schwinden sehr rasch. Wird deshalb am 9. 7. 1924 entlassen.

Diagnose: Alkoholhalluzinose.

Anderthalb Monat später kommt Patient freiwillig, stark schwitzend in Begleitung eines Bekannten nach Gehlsheim.

Diesmal keine Angaben von Seiten seiner Frau. Der Patient gibt an seit einer Woche nicht mehr gearbeitet sondern getrunken zu haben. Seit drei Tagen schwitze er, sei unruhig und ängstlich. Er glaube, seine Familie sei um die Ecke gebracht. Er habe von einem wilden Tumulte in Rostock gehört. Nachts wisse er momentweise gar nicht, wo er sei. Die Frau habe dann Licht anmachen und ihn bei der Hand anfassen müssen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen gibt er noch an: Der Beginn sei wieder mit Erbrechen und Zittern begleitet gewesen. Will auch nur 4—5 Tage getrunken haben.

Körperlicher Befund: Puls beschleunigt. Leichter Tremor. Pupillen eng, reagieren auf Licht und Konverganz nur mangelhaft. Keine pathologischen Reflexe. Organbefund ohne Besonderheiten. Zeitlich und örtlich orientiert. Am Nachmittag verlangt er eine Injektion, da er es vor Unruhe nicht mehr aushalten könne. Erhält Scopolamin.

Am folgenden Tage ist Patient unruhig und ängstlich. Leidet an akustischen Halluzinationen. Glaubt Hab und Gut verloren zu haben. Am nächsten Tage bringt er Verfolgungsideen bezüglich seiner Frau vor. Sie habe plötzlich sinnlos zu trinken begonnen, sie sei verrückt und käme den ganzen Tag nicht heim. Sie kümmere sich nicht um ihre Kinder. Sie habe die ganze Wohnungseinrichtung verkauft, nicht ein Stuhl sei mehr in der Wohnung. Der Vater eines hier befindlichen Patienten und andere hätten ihm die Nachricht unterbreitet, es sei auch schon Stadtgespräch. Sein Büro sei durch die Polizei geschlossen und der Fall dem Amtsgericht übergeben. Seine Frau trinke immer mehrere Flaschen Bier und Schnäpse auf einmal. Auch die Hehler müßten angezeigt werden. Als er sein Haus verlassen habe, habe er gehört „Gott sei Dank, daß der Kerl fort ist". Morgens um 4 Uhr schon fange die Frau an zu „saufen". Sie verschleudere alles, die ganze Welt stünde vor einem Rätsel. Durch diesen Lärm seien ihm die großen Aufträge gekündigt worden. Das Telefon habe seine Frau abgeschnitten, auch habe sie den Buchhalter entlassen. Jeder spreche davon. Die ganze Winterfeuerung sei aus dem Keller verkauft. Er sei vollständig ruiniert. Patient schrieb heute an das Polizeiamt zu Rostock einen Brief mit folgendem Inhalt: „Zu dem Ereignis meiner Ehefrau Margarete teile dem löbl. Polizeiamt Rostock ergebenst mit, daß nach meiner oberflächlichen Uebersicht mir entwendet und verkauft sind". Es folgt eine Aufstellung dieser Sachen im Gesamtwerte von 10925 Mark. „Mit Ausnahme der entliehenen Gelder durch meine Frau sind sämtliche Sachen mein Eigentum es liegt daher zunächst Diebstahl und Hehlerei wegen Ankaufs vor; wäre es nicht am Platze durch eine Zeitungsnotiz die Sachen sofort zurückzufordern, ich bin zunächst selbst nicht dazu in der Lage wegen verschiedener Krankheiten, muß aber in den Besitz der Sachen kommen. Irgendwelchen Erlös von den Geldern erhielt ich nicht. Die Frau selber ist tunlichst zu verhaften, da sie ja absolut selbst nichts tut, ebenfalls meine Tochter Erika. Letztere gegebenenfalls dem Lande zuzuführen, Erstere dem Landarbeitshaus. Um die braven Jungens kümmere sich

kein Mensch (diese irren am Tage umher, nachts wohnen sie in Scheunen auf dem Felde mit großem Hunger). Ich habe keine Verwandte, die letzte wäre die alte Mutter meiner Frau, der jedoch durch Verhalten seitens ihrer Tochter ebenfalls der Ruin bevorsteht. Es ist eine Affenschande, daß so etwas von seiten meiner Frau vorkommen mußte, in den 21 Jahren unserer Verheiratung trank sie nicht, sondern hurte herum, ca. 30 bis 50 mal am Tage. So kann und darf es nicht bleiben. Nach meiner Rückkehr in ca. 10 Tagen werde ich die beiden Jungens zu mir nehmen, die Frau und Tochter niemals".

Am Tage darauf fühlt sich Patient ganz wohl, war jedoch in der Nacht noch unruhig. Behauptet heute ganz klar zu sein, hält aber noch an der Idee fest, daß seine Frau die ganze Wohnungseinrichtung verkauft, daß Telefon abgeschnitten habe, usw. Will das alles von dem Patienten Kron wissen. Gibt heute seinen Aufenthalt um 2 Tage zu lang an. Am folgenden Morgen korrigiert er alles. Er will weniger durch Gehörstäuschungen, als durch einfache Einbildung zu diesen Ideen gekommen sein.

Patient fühlt sich in den nächsten Tagen recht wohl, ist klar und geordnet. Er wird am 30. 8. 1924 entlassen.

Diagnose: Alkoholparanoia.

Am 22. 11. 1924 wird Patient durch die Ordnungspolizei eingeliefert. Nach Angaben der Frau trinkt Patient seit ungefähr 8 Tagen. Wahrscheinlich sei der Anlaß Aerger über eine ungünstige Vereinbarung, die eine Haupteinnahmequelle — Buchführung für einen Güterkonzern — gefährdet. Während dieser Zeit steigende Frequens mit paranoiden Zügen, ausartend in Gewalttätigkeiten gegen Frau und Kinder, die er schließlich in der Wohnung einschloß und die Tür vernagelte. Sie habe um einen vorvorläufigen Vormund nachgesucht, wolle aber keine regelrechte Entmündigung wegen der finanziellen Schädigung.

Körperlicher Befund: Leicht gerötete Augenlider, tränende Augen, leichter Tremor der gespreizten Hände. Keine Ataxie der Arme. Romberg angedeutet +, geringgradige Ataxie beim Kniehackenversuch und Kreisbeschreiben. Keine neuritischen Erscheinungen. Organbefund ohne Besonderheiten. Patient ist orientiert und besonnen, jedoch etwas fahrich und zeigt ein gehobenes Selbstgefühl. Keine Halluzinationen. Er ist sehr redselig, schildert in sich übersteigendem Redefluß: seine Frau sei nervös. Sie habe auf den Verkauf seines Hausbesitzes gedrungen, anfänglich sei er einverstanden gewesen, habe aber später wegen der für einen Hausverkauf augenblicklich ungünstigen Zeit im Interesse seiner Kinder seine Zustimmung verweigert. Gestern sei seine Frau nach einer Auseinandersetzung wegen dieser Sache aus dem Hause gelaufen. Am Nachmittag sei er mit seinen Kindern nach Barnstorf gegangen, habe dort erst Kaffee, dann auch etwas Bier und Kognak getrunken. Habe sich abends 8 Uhr friedlich zu Bett gelegt. Heute morgen beim Aufwachen habe er seine Frau neben sich liegen gefunden. Ihre Rückkehr habe er gar nicht gemerkt. Am Morgen sei er dann in einer Wirtschaft gewesen,

habe dort einige Bier und Schnäpse getrunken. Eine genaue detaillierte Schilderung der letzten zu seiner Einweisung führenden Ereignisse vermag er nicht zu geben. Er schweift gleich wieder ideenflüchtig ab. Ergeht sich in Anklagen gegen seine Frau. Die ganze Nachbarschaft wie auch die Polizeibeamten staunten darüber, wie man ihn herbringen lassen könne. Weiterhin zeigt er seine starke paranoide Einstellung gegen seine Frau. Will sich von ihr scheiden lassen. Patient ist leicht erregbar und reizbar, das sich zu rasch verfliegendem Jähzorn steigert, wird dann aber wieder lenksam. Er versucht auf jede Art und Weise seine geistige Gesundheit zu produzieren. Bei aller Erbitterung über seine Herverbringung und trotz gehobenen Selbstbewußtseins gibt er zu, daß er vielleicht in einigen Tagen „reif für Gehlsheim" gewesen sei, aber jetzt sei es noch zu früh. Er gibt sogar die Wahrscheinlichkeit des baldigen Ausbruchs eines Deliriums zu. Trotzdem wettert er einsichtslos gegen die prophylaktische Herverbringung und zeigt nur schwache Urteilskraft bei den Entkräftigungsversuchen gegenteiliger Vorstellungen. Man könnte doch wegen ein paar Glas Bier und Schnäpse einen Menschen nicht gleich herbringen, es käme aber daher, daß seine Frau, weil er schon öfters hier gewesen sei, den Arzt zu einem Attest leichter bewegen könne. Patient fügt sich abér bald und versichert: man würde ja schon an seinem Verhalten in den nächsten Tagen sehen, ob er zu Recht oder Unrecht hier sei, während er noch kurz zuvor geschworen hatte, er wolle überhaupt nicht hier bleiben.

In der Nacht hat sich Patient ruhig verhalten und gut geschlafen. Tadelt heute weniger die Herverbringung als solche, sondern die Form derselben, daß man ihn mit einem Polizeibeamten zwangsweise hierhergebracht habe, ohne ihm Zeit zur Vorbereitung zu lassen. Er könne auch nichts mehr vertragen, habe auch gleich aufgehört zu essen, da habe die Frau wohl gleich das Schlimmste befürchtet. Daß er rabiat und gewalttätig gewesen sein soll, negiert er. In den nächsten Tagen ist sein Verhalten geordnet und diszipliniert, empfängt jedoch seine Frau bei deren Besuchen mit heftigen Vorwürfen. Patient wird am 27. 9. 1924 wegen dringender geschäftlicher Angelegenheiten auf Wunsch der Frau entlassen.

Diagnose: Paranoider Erregungszustand auf alkoholischer Basis.

Patient wird am 18. 10. 1924 in leichtem Rauschzustande durch die Feuerwehr eingeliefert.

Aus den Angaben der Frau erfahren wir, daß Patient nach der letzten Entlassung am 27. 9. 1924 acht Tage abstinent gewesen ist, dann aber wieder allmählich zu trinken angefangen hat. Ihr Mann habe ungefähr 150 M. für Trinken ausgegeben.

Bei der Einlieferung befindet sich Patient in psychomotorischer Erregung. Der Allgemeinzustand ist leidlich. Keine wesentlichen körperlichen Störungen. Am Nachmittage ist er im Verhalten ruhig und geordnet. Ist aber in der Diskussion über seine Trunkfälligkeit einsichtslos, zeigt gehobenes Selbstgefühl, neigt zu Renomistereien und ist gegen seine Frau,

wie auch gegen einweisenden Arzt paranoisch eingestellt. „Man könne ihn doch nicht wegen ein paar Glas Bier, die er aus Aerger über den häuslichen Unfrieden getrunken habe, glatt einsperren.“ Seine Frau habe ihm schon 8 Tage nichts mehr zu essen gegeben. Sie habe 150 Mark Haushaltungsgeld in 3 Tagen ausgegeben. Er wolle sich jetzt von ihr scheiden lassen. Er würde Rentmeister auf dem Lande werden und für sich leben, den ganzen Krempel könne seine Frau behalten.

Er ist widerspruchsvoll, einsichtslos uud diskussionsunfähig.

Dieser Zustand dauert ein paar Tage an, er wird dann aber allmählich wieder geordnet und zeitlich und örtlich orientiert. Bezüglich seiner Frau nimmt er alle Vorwürfe zurück. Wenn er neulich behauptet habe, daß ihre Zanksucht ihn zum Trinken bringe, so erkenne er jetzt, daß die Trunksucht Schuld an den Streitigkeiten sei. Er bittet immer wieder, von der Vormundschaft doch abzusehen, da sonst sein Geschäft ruiniert sei. Verspricht zur Kontrolle täglich in die Poliklinik zu kommen und wieder Guttempler zu werden.

Diagnose: Paranoider Erregungszustand, auf alkoholischer Basis.

Im Jahre 1925 war Patient bereits 8 mal in Gehlsheim. Er kam immer freiwillig, aus prophylaktischen Gründen. Er will meist nur 2—3 Tage vorher und zwar Bier und Schnaps getrunken haben. Bei der Aufnahme am 10. 6. 25 gibt er zu, täglich 15—20 Glas Bier und Schnäpse zu sich genommen zu haben, auch habe er des öfteren morgens getrunken. Bei der Aufnahme steht er meist unter einer akuten Alkoholwirkung und zeigt auch derartige Erscheinungen. Er ist jedoch klar, geordnet und einsichtig, ist örtlich und zeitlich orientiert. Bei der Aufnahme am 30. 6. 25 rühmt er sich, wie gut er für seine Familie gesorgt habe. Der Antrag auf Entmündigung sei horrender Blödsinn. Er habe sein Geschäft wieder hoch gebracht. Mit seiner Frau habe er sich gut vertragen. Streitigkeiten, Eifersuchtsideen, delirante und halluzinatorische Symptome werden verneint. Auch konnten solche Erscheinungen während des Aufenthaltes nicht festgestellt werden. Im Anfang des Jahres hat sich Patient auch wöchentlich einmal in der Poliklinik vorgestellt.

Patient wird meist nach zweitägigem Aufenthalt entlassen.

Diagnose: Dipsomanie.

An Hand der Krankengeschichten sehen wir, daß unser Patient an verschiedenen akuten Psychosen infolge von chronischem Alkoholismus erkrankt ist. Ich möchte zunächst die in der Literatur für die einzelnen Psychosen angeführten ätiologischen Momente wiedergeben und dann in dieser Hinsicht sehen, ob wir irgendwelche spezifischen Ursachen in diesem Falle für die jeweilige Art der akuten geistigen Erkrankungen anführen können.

Obwohl heute durch die Untersuchungen von Fleischmann und Schumm und anderen feststeht, daß der Alkohol direkt in den Liquor

übergeht, dürfen wir ihn doch kaum als unmittelbare Ursache der Alkoholpsychosen auffassen. Einerseits spricht dagegen die schon von den erwähnten Autoren gemachten Beobachtung, daß z. B. beim Delirium der Alkoholgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit keineswegs besonders groß zu sein braucht, anderseits die Tatsache, daß Delirium, Alkolholhalluzinose etc. stets erst nach langjährigem Abusus auftreten.

Man steht daher heute fast allgemein auf dem Standpunkt, daß die Aeußerungen der Krankheiten als indirekte Folgeerscheinungen, bedingt durch Zwischenglieder, aufgefaßt werden müssen. Ueber die Art dieser Zwischenglieder hat man aber noch keine sicheren Anhaltspunkte. Teils glaubt man, daß eine solche Vermittlerrolle Erkrankungen der Gefäßwände, teils toxische, im Körper selbst gebildete Noxen spielen.

Außer diesen toxischen Zwischengliedern werden noch andere ätiologische Faktoren, die im Einzelfalle bei der Enstehung eines Deliriums wahrscheinlich mitwirken, genannt; so zunächst körperliche Erkrankungen und unter diesen vor allem die Pneumonie, dann auch allgemein fieberhafte Komplikationen, Erysipel und phlegmonöse Prozesse, weiter Magendarmstörungen. Ob auch Traumata und epileptische Anfälle als Hilfsursache bezeichnet werden dürfen, ist noch sehr fraglich, da diese meist erst infolge des Deliriums auftreten, obwohl auch manche Fälle beobachtet sind, denen epileptische Anfälle vorangegangen sind. Die Häufung der Alkoholexcesse wird nicht als notwendige Vorbedingung angesehen, da eine große Reihe der Deliranten in der letzten Zeit weniger getrunken haben, als sonst; während andere sich kurz zuvor sehr stark dem Alkoholgenusse hingegeben haben. Als Dauer des chronischen Alkoholismusses nimmt man bis zum Ausbruch eines Deliriums wenigstens 6 — 10 Jahre an. Ueber die Frage der Abstinenzdelirien ist man geteilter Ansicht. Während manche Autoren sie ablehnen, sind andere von ihrem Vorkommen überzeugt. Außer diesen angeführten ätiologischen Faktoren, wird man auch eine besondere Prädisposition annehmen müssen, sowohl konstitutionell bedingt wie auch erworben. Diese Disposition kann schon im Gefolge einer relativ kurzen Trinkperiode, selbst wenn eine längere Abstinenzzeit dazwischen liegt, wieder leicht zum Delirium führen. Als Ursache für eine erworbene Disposition werden auch schwere Schädeltraumata, ferner Unterernährung und Erschöpfung angegeben. Von ätiologischen Faktoren, die außerhalb des Individuums liegen, kommen in Frage: die Art der Getränke — und zwar soll Schnaps mehr als Bier und Wein, zum Delirium neigen, daher auch das häufige Vorkommen der Delirien in den nordischen Städten — und die Jahreszeit. Als für das Delirium günstigste Zeit wird der Hochsommer, als ungünstigste die Monate Januar — März bezeichnet. In der Berufsart — unterschieden in solche, die im Freien arbeiten und solche, die vor Witterung geschützt sind — hat man keine besonderen Unterschiede finden können.

Für die Alkoholhalluzinose nimmt man an, daß ihr dieselben Noxen zu Grunde liegen, wie dem Delirium, ob man aber einen Intensitätsunterschied der Noxe verantwortlich machen darf, ist einstweilen noch fraglich.

Komplizierende Erkrankungen als Gelegenheitsursache wurden bei der Halluzinose auch des öfteren beobachtet, aber doch nicht in der Häufigkeit wie bei Delirien. Das Lebensalter liegt im Durchschnitt etwas niedriger — bei Delirium meist zwischen 30 und 50 —. Auch rekrutieren sich die Kranken meist aus einer andern sozialen Schicht. Vor allem die geistig arbeitende Bevölkerung zeigt diese Art der akuten Psychose.

Als Faktoren, welche die Entstehung von Eifersuchtsideen begünstigen, pflegen angeführt zu werden: die vermehrte Libido der Trinker, die berechtigte Zurückhaltung der Frauen vor der brutalen Agressivität der Männer in der Trunkenheit, ferner unkorrigiert gebliebene Pseudo-Erlebnisse aus vorangegangenen Delirien. Auch die infolge des chronischen Alkoholismus entstandene Depravation wurde beschuldigt. Ob stets eine paranoide Veranlagung vorhanden sein muß, aus der dann der Eifersuchtswahn unter Beteiligung der angeführten Faktoren, gleichsam herauswächst, ist eine heute noch viel umstrittene Frage.

Bei unserem Patienten wurde bereits in seinem 28. Lebensjahr zum ersten Male das Delirium objektiv festgestellt, obwohl er angeblich auch schon früher daran erkrankt gewesen sein soll. Im Laufe der langen Jahre, wo unser Patient ärztlich beobachtet werden konnte, erkrankte er zunächst 5 Mal an Delirium tremens, begleitet von einer teils mehr oder weniger ausgeprägten paranoiden Einstellung gegen seine Frau. Nachdem er dann einmal wegen Eifersuchtswahn und einmal wegen einer allgemeinen Erregung auf alkoholischer Basis ohne spezifische Erscheinungen eingeliefert war, erkrankte er wieder zweimal an Delirien. Erst beim nächsten Male — nach ungefähr eindreiviertel Jahr — (er war in der Zwischenzeit ein Jahr Guttempler gewesen) erkrankte er an einer Halluzinose und kurze Zeit darauf zeigte er ausgesprochene Eifersuchtsideen, mit starken Erregungszuständen. Aus der Vorgeschichte erfuhren wir, daß Patient vor jedem der akuten Schübe, gleich, ob sich später ein Delirium, eine Halluzinose oder Eifersuchtswahn herausstellte schwer gastro-intestinale Erscheinungen gehabt hat, auch scheinen die Excesse durchweg von ähnlicher Dauer und Intensität gewesen zu sein. Ueber die Art der genossenen Getränke erfahren wir, daß er meist Bier und Spirituosen getrunken hat, doch hat er vor seiner Aufnahme am 12. 5. 1921 wegen Eifersuchtswahns auch morgens und besonders Kümmel, vor der Aufnahme am 27. 8. 1922 wegen Deliriums, morgens besonders Bier und bei der Aufnahme am 26. 6. 1924 wegen Halluzinose morgens wieder besonders Kümmel getrunken, sodaß wir auf keinen Fall berechtigt sind, die Tageszeit, wie auch die Art des Getränkes für eine spezifische Ursache der folgenden Psychose anzusehen. Auch bei unserm Patienten finden wir, daß sich die Psychosen, gleich welcher Art, hauptsächlich im Sommer entwickelt haben.

Beachtenswert ist, daß im Gegensatz zu der Ansicht, daß die Halluzinose gewöhnlich in früheren Jahren auftritt, als das Delirium, wir in unserem Fall das umgekehrte konstatieren müssen. Während unser Patient in

verhältnismäßig jungen Jahren an Delirium erkrankt ist, tritt die Halluzinose bei ihm erst im 49. Lebensjahr auf. Seine Eifersuchtsideen, die sich wie ein roter Faden durch die ganzen Krankengeschichten ziehen, möchte ich in unserem Falle auf eine paranoide Veranlagung beziehen, da wir einen Menschen vor uns haben, dessen Charakter verschlossen, der mißmutig und mißtrauisch veranlagt ist. Auch die besonders während der 5. Aufnahme in Gehlsheim stark hervortretenden Grössenwahnideen finden ihre charakterologische Grundlage in dem sehr ausgeprägten Selbstbewußtsein, das während der freien Intervalle stets deutlich zu Tage trat. Immer wieder betonte Patient, wie weit er es wirtschaftlich durch seine Tüchtigkeit gebracht habe, und was er in seinem Fache leiste. — Behauptungen, die einer gewissen Berechtigung übrigens nicht entbehren.

Mit alle dem kommen wir aber zu keiner Erklärung der Tatsache, daß der gleiche Patient, nachdem er so und so oft ein Delirium durchgemacht, plötzlich an einer „akuten Halluzinose der Trinker" erkrankte.

Wenn Bonhöffer die Vermutung äußert, daß diese Form von Alkoholhalluzinose sich bei solchen Trinkern entwickele, deren akustisches Wahrnehmungs- und Vorstellungsgebiet infolge persönlicher Veranlagung besonders erregbar sei, so läßt sich zwar für unsern Patienten eine gewisse Begabung in dieser Hinsicht nicht leugnen. Es bleibt aber damit ganz ungeklärt, weshalb diese Psychose erst nach zahlreichen typischen Delirien zu Stande kommt.

Es ist nun von Interesse, daß sich den beiden Delirien, die der Halluzinose vorausgehen, schon deutliche akustische Halluzinationen beimischen. Bei seiner Einlieferung am 30. 11. 1921 hörte Patient einen Zug pfeifen, und über seine vermeintliche Verhaftung sprechen. Diese akustische Komponente verstärkt sich dann bei der nächsten Aufnahme am 27. 8. 1922 noch erheblich, so daß Patient ganz akustische Szenen erlebte, aber immer noch vermischt mit optischen Trugwahrnehmungen. Eineinhalb Jahr später erfolgte dann nach einer längeren dazwischenliegenden Abstinenzzeit die Erkrankung an der typischen „Alkohol-Halluzinose."

Dieser allmähliche Uebergang aus der einen in die andere Psychoseform scheint uns die Annahme Kräpelins zu bestätigen, daß es sich bei beiden nicht — wie man im allgemeinen annimmt — um zwei verschiedene Krankheitsvorgänge handelt, sondern daß sie nur differente Erscheinungsformen des gleichen Leidens vorstellen.

Aber auch diese Aenderung der Erscheinungsform muß ihre Ursache haben. In der Konstitution des Patienten kann sie nicht liegen, denn die ist beide Male dieselbe.

Danach bleibt nur als Erklärungsmöglichkeit die Annahme übrig, daß sich allmählich im Laufe der Jahre eine Veränderung in der Reaktionsform zwischen Alkohol und Gehirn herausgebildet hat, deren genauere Art wir freilich nicht kennen. Tatsache ist jedenfalls, daß Patient seit seiner „Halluzinose" im Juni 1924 trotz sehr zahlreicher erneuter Alkoholexesse keine Delirien mehr durchgemacht hat.

Daß dieser Erscheinungswechsel nichts Typisches ist, beweist die relative Seltenheit unserer Beobachtung. Zu denken ist einmal an die Möglichkeit, daß das Gehirn durch die chronische Alkoholvergiftung selbst — sei es in Toto oder in einzelnen Teilen — seine qualitative Ansprechbarkeit auf diese Noxen geändert hat, träfe dies zu, dann müßten wir einen solchen Erscheinungswechsel aber viel häufiger sehen, als dies in Wirklichkeit der Fall ist, — zum anderen, daß eine Reihe äußerer oder innerer Faktoren dabei zusammengewirkt haben: zunehmendes Alter, andersartige Ernährung — das letzte Delirium fiel noch in die Inflation (22), die Halluzinose nach derselben. — In dieser Hinsicht käme an sich die Qualitätsverschlechterung der Spirituosen während der Inflationszeit vor allem durch Benutzung denaturierten Alkohols in Frage. Hier läge dann aber ein neues exogenes Moment vor.

Jedenfalls möchten wir als Fazit aus unseren Beobachtungen den Schluß ziehen, daß bei der gleichen konstitutionellen Veranlagung Psychosen verschiedener Symptomathologie entstehen können, deren Eigenart nicht durch die Veranlagung allein erklärt werden kann, sondern daß hier andere — wahrscheinlich exogene — Momente mit herangezogen werden müssen, deren Bedeutung für die spezielle Gestaltungsform der Psychosen u. E. heute Gefahr läuft, unterschätzt zu werden.

Zum Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht versäumen, Herrn Professor Dr. Rosenfeld für die gütige Ueberlassung des Materials und ganz besonders Herrn Professor Dr. Walter für die liebenswürdige Anregung und Förderung meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur

Birnbaum: Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.

Bumke: Ueber die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. M. m. W. 1924.

Bonhöffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901.

„ Zur Frage der exogenen Psychosen. Gaupp's Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1909, Band 20.

Hoche: Die Bedeutung der Symptomkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 1912, Band 12.

Kräpelin: Kompendium der Psychiatrie. Leipzig 1883.

„ Psychiatrie. 1910. 2. Auflage, Seite 237.

„ Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1920. Band 62.

Meyer, E.: Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.

Schumm u. Fleischmann: Untersuchungen über den Alkoholgehalt der Spinalflüssigkeit der Alkoholisten und Deliranten. D. Zeitschrift f. N. 36, 275, 1913.

Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900.

Lebenslauf

Ich, A. Fritzen, wurde am 10. April 1898 zu Dülken, Kreis Kempen (Rheinland) als Sohn des Geheimen Justizrates Amtsgerichtsrates a. D. Karl Fritzen und seiner Ehefrau Angelika geb. Granderath geboren. Ich besuchte die Volksschule zu Dülken und Cleve, das Gymnasium zu Cleve, Sittard (Holland), Rees und Cleve. Am 11. November 1916 wurde ich zum Heeresdienste eingezogen und erhielt Ende April 1919 meinen Abschied. Nach einjährigem Kriegsteilnehmerkursus zu Emmerich a. Rh. bestand ich Ostern 1920 daselbst meine Reifeprüfung. Ich studierte sodann Medizin und zwar 6 Semester in Freiburg, woselbst ich die ärztliche Vorprüfung ablegte, ein Semester in Tübingen und drei Semester in Rostock. Am 15. Mai 1925 beendete ich mein Studium durch Ablegung des medizinischen Staatsexamens.

Alois Fritzen.